



## 장애 보고서

### DISABILITY REPORT

의학적 장애여부 결정

DSHS 14-144A

장애결정부서(DDDS)는 장애보고서(Disability Report form, DSHS 14-144A)에 기입된 수혜자의 장애, 의학적 증거 및 직업적 경력에 관한 정보를 가지고 의학적 장애여부를 결정합니다.

이 보고서(DSHS 14-144A)는 사회복지사가 제안합니다. 사회복지사는 이 보고서에 담당자의 이름, 보사부 사무처(CSO) 및 전화번호 등을 반드시 기록해야 합니다. 수혜자격 요청이 NGMA: Non-Grant Medical Assistance(비정부보조금 의료지원) 혹은 Healthcare for Workers with Disabilities(HWD: 장애근로자를 위한 건강관리)에 관한 것인지 해당 칸에 체크하십시오. 장애 여부 결정 서류에 작성된 이 보고서를 추가하시기 바랍니다.

1. 사회복지사는 이름 소셜시큐리티 번호(SSN) 및 해당 수혜자의 장애 증세 항목을 기입합니다.
2. 사회복지사는 제 1부 - 증세에 관한 정보 항목 작성을 도와줄 수 있습니다. 확실한 일자까지는 필요하지 않지만 발생한 달과 연도는 있어야 합니다.
3. 사회복지사는 제 2부 - 의료기록에 관한 정보 항목 작성을 도와줄 수 있습니다. 가능한 한 해당 의사와 치료 출처에 관한 정보를 모두 밝히는 것이 중요합니다.
4. 사회복지사는 제 3부 - 일상 활동에 관한 정보 항목 작성을 도와줄 수 있습니다. 사회복지사는 관련 정보를 검토해 해당 수혜의 제한 사항을 명확하게 입증해야 합니다.
5. 사회복지사는 제 4부 - 교육에 관한 정보 항목 작성을 도와줄 수 있습니다. 수혜자가 특수 교육을 받았을 경우 이를 기재해야 합니다.
6. 사회복지사는 제 5부 - 직장 경력 정보 항목 작성을 도와줄 수 있습니다. 고용주 개개인을 기재하는 것이 아니라 사업체(직업) 종류를 기재하여야만 합니다.
7. 사회복지사는 제 6부 - 비고란 항목 작성을 도와줄 수 있습니다. 2-6 부의 내용은 사회복지사가 작성합니다.

## 장기 보고서

의학적 장애여부 결정

- |   |
|---|
| 수혜자격 요청 프로그램  |
| <input type="checkbox"/> Non-Grant Medical Assistance (NGMA)            |
| <input type="checkbox"/> Healthcare for Workers with Disabilities (HWD) |

이 보고서는 사회복지사가 수혜자나 수혜자의 대리인과 면담할 때 작성합니다. 모든 항목의 답을 타이프하시거나 정자체로 명확하게 죄선을 다해 기입해 주시기 바랍니다. 모든 물음에 답해 주십시오. 빠진 부분이 없이 잘 작성된 보고서는 업무 처리에 도움이 됩니다. 이 보고서의 물음에 답을 하실 때 어려움이 더 필요하시면 제 6부 어려움 기입하시거나 추가 용지를 첨부하시기 바랍니다.

1. 수혜자의 이름	2. 소셜 시큐리티 번호	3. 전화번호(지역 번호 포함)
------------	---------------	-------------------

4. 어떤 장애 증세를 가지고 있습니까? 상해나 질병으로 인해 일을 할 수 없다면 이를 간단하게 설명하십시오.

### 제 1부. 증세에 관한 정보

1. 귀하의 증세는 언제부터 문제가 되기 시작하였습니까? 월 일 년 예 아니오
- 2A. 위의 1항에 기재한 날짜 이후에 일을 하였습니까? '예'라고 답하셨으면 아래 3A와 3B를 작성하십시오.
- 2B. 2A항에 '예'라고 답하셨으면 귀하의 증세로 인해 다음과 같은 일이 발생한 적이 있습니까?
- 직업이나 직무에 따른 변화 .....    
 근무 시간에 따른 변화 .....    
 출근에 따른 변화 .....    
 기타 자신의 직업과 관련하여 발생한 변화 .....
- 2C. 2B항에 '예'라고 답하신 부분이 있으시면 직장 내에서의 달라진 점과 변화 발생 날짜 및 변화를 가져오게 한 어떤 증세를 기술하십시오.

- 3A. 귀하의 증세가 문제가 되어 최종적으로 언제 일을 그만두었습니까? 월 일 년

- 3B. 귀하의 어떤 증세가 지금 일을 하는 데 지장을 주는지 설명하십시오.

### 제 2부. 의료기록에 관한 정보

1. 장애 증세와 관련하여 가장 최근의 의료기록부를 가지고 있는 의사에 관한 정보를 기입하십시오.	<input type="checkbox"/> 수혜자에게 의사가 없을 경우 <input type="checkbox"/> 이 네모칸에 체크하십시오.	
의사의 이름	3. 전화번호(지역 번호 포함)	얼마나 자주 이 의사와 면담합니까?
주소	이 의사의 첫으로 면담한 날짜	
검진이나 치료를 받은 질병 혹은 상해	이 의사의 마지막으로 면담한 날짜	

받은 치료나 의약품 종류 (예: 알고 있을 경우 질병이나 상해로 인해 받은 수술, 화학요법, 방사능 요법, 의약품 기제, 치료나 의약품을 받은 적이 없다면 '없음'으로 기재하십시오.)

2. 귀하가 가진 장애 이래로 다른 의사를 면담한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	'예'라고 답하셨으면 아래 내용을 기입하십시오.	
의사의 이름	3. 전화번호(지역 번호 포함)	얼마나 자주 이 의사와 면담합니까?
주소	이 의사의 첫으로 면담한 날짜	
검진이나 치료를 받은 질병 혹은 상해	이 의사의 마지막으로 면담한 날짜	

받은 치료나 의약품 종류 (예: 알고 있을 경우 질병이나 상해로 인해 받은 수술, 화학요법, 방사능 요법, 의약품 기제, 치료나 의약품을 받은 적이 없다면 '없음'으로 기재하십시오.)

이 질병이나 부상으로 인해 면담하는 또 다른 의사가 있다면 다른 용지에 위의 정보를 적어 첨부시키십시오.

제 2부. 의료기록에 관한 정보 (계속)

3. 장애 증세로 인해 병원에 입원을 하였거나 치료를 받은 적이 있습니까?  예  아니오 '예'라고 답하셨으면 아래 내용을 기입하십시오.

병원 혹은 클리닉 이름	주소
환자 혹은 클리닉 번호	
입원 하였습니까(최소 한 하루 저녁 병원에 입원)? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'라고 답하셨으면 아래 내용을 기입하십시오.	
환자 혹은 클리닉 번호	환자 혹은 클리닉 번호
검진이나 치료를 받은 질병 혹은 상해	
받은 치료나 의약품 종류 (예: 알고 있을 경우 질병이나 상해로 인해 받은 수술, 화학요법, 방사능 요법, 의약품 기제, 치료나 의약품을 받은 적이 없다면 '없음'으로 기재하십시오.)	

4. 질병이나 상해로 다른 병원에 입원을 하였거나 치료를 받은 적이 있을 경우 아래 내용을 기입하십시오.

병원 혹은 클리닉 이름	주소
환자 혹은 클리닉 번호	
입원 하였습니까(최소 한 하루 저녁 병원에 입원)? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'라고 답하셨으면 아래 내용을 기입하십시오.	
환자 혹은 클리닉 번호	환자 혹은 클리닉 번호
검진이나 치료를 받은 질병 혹은 상해	
받은 치료나 의약품 종류 (예: 알고 있을 경우 질병이나 상해로 인해 받은 수술, 화학요법, 방사능 요법, 의약품 기제, 치료나 의약품을 받은 적이 없다면 '없음'으로 기재하십시오.)	

질병이나 상해로 인해 다른 병원이나 클리닉에 간 적이 있다면 제 6부에 병원/클리닉 이름, 주소, 환자나 클리닉 번호, 방문일자, 사유 등을 기입해 주시기 바랍니다. 필요하다면 다른 용지를 추가하셔도 됩니다.

5. 지난 해 다음과 같은 검사를 받은 적이 있습니까? 아래 해당 네모 칸에 체크하시고 "예"라고 답하였을 경우 검사를 받은 장소와 날짜를 기입하십시오.

검사	예	아니오	검사를 받은 장소	검사 날짜
심전도	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
흉부 X-레이	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
기타 X-레이 (구체적인 검사 종류):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
호흡검사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
피검사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
기타검사 (구체적으로 기재):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. 메이케이드 카드가 있으면 번호를 기재하십시오. \_\_\_\_\_

제 3부. 일상 활동에 관한 정보

1. 여하간에 활동을 줄이거나 제한하라고 의사가 지시하였습니까?  예  아니오  
'예'에 해당한다면 의사의 이름과 의사가 말한 지시 내용을 기술하십시오.

### 제 3부. 일상 활동에 관한 정보(계속)

2. 아래에 귀하의 일상 활동을 설명하고 각 활동을 어떻게, 얼마나, 얼마나 자주 수행하는지를 기술하십시오.

- 가사일(요리, 청소, 쇼핑, 집안 헉드렛일 포함)
- 테크놀로지 활용과 취미생활(사냥, 낚시, 볼링, 하이킹, 악기 등)
- 사회생활(친구, 친척, 이웃 방문)
- 기타(운전, 오토바이, 버스 타기 등)

### 제 4부. 교육에 관한 정보

1. 최종 이수 학년을 기재하십시오. \_\_\_\_\_ 연도 : \_\_\_\_\_
2. 직업, 실업학교 혹은 어떤 특수 교육을 받은 적이 있습니까?  예  아니오 '예'라고 답하셨으면 아래 내용을 기입하십시오.

다닌 직업, 실업학교 혹은 받은 특수 교육	대학의 등교 날짜
-------------------------	-----------

해당 학교나 특수교육으로 배운 점들을 직장에 활용한 적이 있습니까?

### 제 5부. 직장 경력 정보

1. 일을 그만 두기 전으로 평소하신 15년간의 직장 경력을 아래에 기재하십시오. 즉, 가장 오랜 기간동안 수행한 부류의 일을 기재하십시오. 6학년 이하의 교육수준으로 힘든 미숙련 노동일만을 35년 이상 하였다면 일을 하기 시작하고나서 수행한 모든 직업을 기재하여 주십시오. 여백이 더 필요하면 다른 용지를 첨부하거나 제 6부의 여백을 사용하십시오.

직책	직업 종류	시작 날짜	종료 날짜	주당 업무 일	급료 (시간당, 일당, 주당, 월급 혹은 연봉)

2A. 평소에 하신 위의 일 중에서

기계, 공구 혹은 장비를 사용하였습니까? .....  예  아니오

기술적 지식과 기능을 활용하였습니까? .....  예  아니오

기록(문서), 보고서 작성 또는 그와 유사한 업무를 처리하였습니까? .....  예  아니오

감독 책임을 맡고 있었습니까? .....  예  아니오

2B. '예'라고 답한 모든 부분을 설명하십시오. 예를 들어 사용한 기계, 공구 혹은 장비 종류 및 작동한 정밀 조작(운전) 종류, 기술 관련 지식 혹은 기능, 작성한 문서 혹은 기록 및 보고서 종류, 감독한 인원 수 및 감독 범위 등을 구체적으로 기재하십시오.

## 제 5부. 직장 경력 정보 (계속)

2C. 평소 직장에서 평상시 본인이 수행한 신체적 활동의 부류와 그 정도(양)를 기입하십시오.

하루에 수행한 시간:	도보로 근무	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
	서서 근무	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
	앉아서 근무	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
하루에 수행한 횟수:	구부리기(물건을 잡으려고) 몸이나 팔을 뻗기	<input type="checkbox"/> 전혀	<input type="checkbox"/> 가끔	<input type="checkbox"/> 자주	<input type="checkbox"/> 항상					
		<input type="checkbox"/> 전혀	<input type="checkbox"/> 가끔	<input type="checkbox"/> 자주	<input type="checkbox"/> 항상					

들어올리거나 낙기(운반하기): 무엇을 들어 올렸는지 얼마의 거리를 운반하였는지 기술하십시오.

들어 올린 물건 중 가장 무거운 종량:  10파운드  20파운드  50파운드  100파운드  100파운드 이상  
 자주 들어 올렸거나 운반한 물건의 종량:  최대 10파운드  최대 25파운드  최대 50파운드  50파운드 이상

## 제 6부. 비고란

1. 보고서의 질문에 답을 할 때 여백이 더 필요할 경우 아래 공간을 사용하십시오. 또한, 장애 수혜자격을 결정하는 데 도움이 될 것으로 생각하는 추가 정보(예: 앞에 기재하지 않은 기타 질병이나 상해에 관한 정보 등)가 있으면 이를 기입하셔도 됩니다.

**아래 내용은 사회복지사가 작성합니다.**

- |  | 예   | 아니오                      |
|--|---|--------------------------|
| 2. 신청인은 영어를 구사합니까? 구사하지 못할 경우 사용언어:                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. 신청인은 신청 과정에 다른 사람의 도움을 받아야만 합니까?                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 예에 해당한다면 신청인을 기꺼이 도울 사람의 이름, 관계 전화번호를 기재하십시오.                    |   |                          |
| 4. 신청인(혹은 신청인의 대변인)과 아무런 문제(언어나 말 혹은 청각 장애 문제)없이 전화통화를 할 수 있습니까? | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 5. 신청인과의 면담시 관찰한 문제가 있다면 아래에 체크하십시오.                             | <input type="checkbox"/> 읽기 <input type="checkbox"/> 쓰기 <input type="checkbox"/> 질문에 답하기 <input type="checkbox"/> 듣기<br><input type="checkbox"/> 앉기 <input type="checkbox"/> 이해하기 <input type="checkbox"/> 손을 사용하기 <input type="checkbox"/> 호흡하기<br><input type="checkbox"/> 보기(시각) <input type="checkbox"/> 걷기 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 설명) |                          |

위의 문제 중 체크한 부분이 있으면 그 부분에 대한 문제점을 그대로 설명하십시오.

6. 신청인에 관한 모든 점을 기술하십시오(예: 체격, 신장, 체중, 행동, 위에 기술한 문제점에 추가 혹은 보충 사항)

사회복지사의 서명	날짜	사회복지사의 이름(타이프하거나 정자체로 기입)
사회복지사의 전화번호(지역 번호 포함)		보수부 사무처